

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-456294

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10648

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHSSAN N. Houda

Date de naissance : 24.09.79

Adresse :

Tél. : 0661412620

Total des frais engagés : 250 DC + 92,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Omar JAMAI**  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340, Bd. Brahim Roudani  
Tél. / Fax : 0522 99 44 99  
Urgences : 0661 14 74 33

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Siadacem Damerlega Age: 11m

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Trismus du sein

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

10 MARS 2020

**Docteur Omar JAMAI**  
CHIRURGIEN PEDIATRE  
340, Bd. Brahim Roudani  
Tél. / Fax : 0522 99 44 99  
Urgences : 0661 14 74 33

08 JAN. 2020



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 JAN 2020			2504	INP : <input type="text"/> Docteur Omar JAMAL CHIRURGIEN PEDIATRE 340, Bd. Brahim Roudani Tel. / Fax : 0522 99 44 99 Urgences : 0661 14 74 33

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/20	9270

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

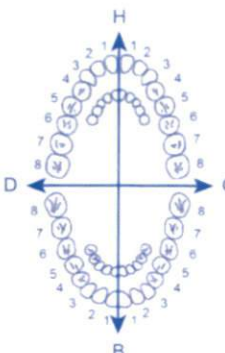
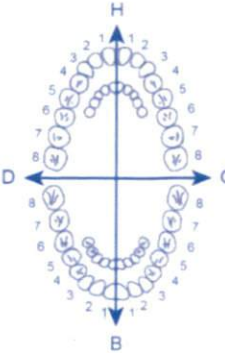
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

# Docteur Omar JAMAI

## CHIRURGIEN PEDIATRE

Spécialiste de la Chirurgie de l'enfant et du Nourrisson  
 Orthopédie et Traumatologie de l'enfant  
 Chirurgie digestive - Urologie  
 Chirurgie plastique et Brûlures  
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy  
 Ancien attaché des CHU de Nancy, Besançon et Reims  
 Ancien Chirurgien des Polycliniques de la CNSS



## الدكتور عمر الجامعي

طبيب اختصاصي في جراحة الطفل والرضع

جراحة الجهاز الهضمي، الجهاز البولي والختان

جراحة العظام والمفاصل والكسر

تقويم العاهات وجراحة التجميل

خريج كلية الطب بنانسي فرنسا

ملحق سابقاً بمستشفيات نانسي، برانسون وريمس بفرنسا

طبيب سابق بمصحات الضمان الإجتماعي بالدار البيضاء

Casablanca, le 08 JAN. 2020 في الدار البيضاء،

Saadoun Omar Jay

79.90

1. Roudani



12.80

2. Dahme

92.70

Docteur Omar JAMAI  
 CHIRURGIEN PEDIATRE  
 340, Bd. Brahim Roudani  
 Tél. / Fax : 05 22 99 44 99  
 Urgences : 06 61 14 74 33



إقامة فضاء المعاريف، زاوية شارع إبراهيم الروداني (الرقم 340) وزنقة أبو إسحاق الماروني الطابق 1، رقم 3 - الدار البيضاء

Résidence Espace Maârif, Angle Bd. Brahim Roudani (N° 340) et Rue Abou Ishak Al Marouni, 1er Etage N° 3  
 Casablanca - Tél. / Fax : 05 22 99 44 99 - Urgences : 06 61 14 74 33 - Email : docjamaiomar@gmail.com

**ENFANT**

500 mg/62,5 mg

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE  
**CLAVULIN**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet



Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH  
LOT: 558611

PER: 04/19

6 118000 040316



Doliprane® 300 mg  
Paracétamol  
10 SUPPOSITOIRES

PPV 12 DH 80  
PER 10/20

19,80